

значит, - необходимости дальнейшей, более детальной диагностики и своевременного специализированного лечения.

Литература:

1. Дыскин, Е.А. Консервативное лечение поражений вращательной манжеты плеча / Е.А. Дыскин // Травматология и ортопедия: современность и будущее : материалы междунар. Конгр. – М., 2003. – С. 64-65.
2. Никифоров, А.С. Плечелопаточный болевой синдром: современные подходы к диагностике и лечению / А.С. Никифоров, О.И. Мендель // РМЖ. – 2006. – Т. 8. – С. 621-626.
3. Диваков, М.Г. Классификация повреждений ротаторной манжеты плеча и алгоритм для дифференциальной диагностики / М.Г. Диваков, Э.А. Аскерко // Клин. медицина : сб. науч. тр. – Витебск, 1999. – С. 86-89.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ И СТЕНОЗОМ

Богданович А.В., Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки остается одной из важнейших проблем здравоохранения, этим заболеванием страдают люди наиболее трудоспособного возраста, что и обуславливает социальную значимость проблемы [1]. Современная консервативная терапия у большинства пациентов приводит к заживлению язв. Однако после прекращения приема лекарственных препаратов или при их низких поддерживающих дозах у 30-90% возникает рецидив заболевания [2]. Наиболее опасными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является перфорация и стеноз.

Частота перфорации язв по отношению ко всему количеству пациентов язвенной болезнью колеблется от 3 до 30% и составляя в среднем 15%. По данным В.Н. Шиленка и соавт. [3] в 90 годы 20 века количество радикальных операций по поводу прободных гастродуоденальных язв достигало 80%.

В общей структуре осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) частота стеноза варьирует от 10 до 63,5% (в среднем 15–30%), частота декомпенсированного стеноза составляет от 5 до 15% [4]. Хирургическое лечение больных рубцово-язвенным стенозом двенадцатиперстной кишки продолжает оставаться в центре внимания хирургов. В настоящее время в хирургическом лечении осложненной ЯБДПК превалирует органосохраняющее направление, однако при декомпенсированном рубцово-язвенном стенозе многие авторы сообщают об использовании резекционных методов [5,6].

Цель. Изучить эффективность современной хирургической тактики при язве желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией и стенозом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 85 пациентов, проходивших лечение в УЗ «ВГК БСМП» г. Витебска за 2012-2015 годы. В первую группу вошли 75 пациентов, оперированных по поводу язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией. Из них более чем у 80% отсутствовал язвенный анамнез. Вторую группу составили 10 пациентов, оперированных по поводу язвы 12-перстной кишки, осложненной стенозом. Исследование выполнено по данным историй болезни пациентов, клинико-лабораторных и инструментальных данных. Полученные результаты обработаны программой STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждения. Возраст пациентов колебался от 21 до 70 лет, женщин было 23, мужчин 62. Пациентам 1 группы при поступлении была выполнена обзорная рентгенография брюшной полости, в результате которой у 61 пациента (81,3%) выявлено наличие свободного газа в брюшной полости. У 14-ти пациентов (18,7%) после отрицательного результата обзорной

рентгенографии ОБП для установления диагноза было выполнено ФГДС, после чего на повторной рентгенограмме был выявлен свободный газ в брюшной полости. У 11 пациентов диагностирован III тип язв по Джонсону (язва пилорического отдела), у 61 - язва 12-перстной кишки, у 3-х - V тип язвы по Джонсону (медикаментозная язва). Объем операции у 70 пациентов (93,33%) ушивание язвы с последующим лаважом и дренированием брюшной полости, у 5-ти (6,67%) выполнена стволовая ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу, 2 пациентам ушивание язвы произведено лапароскопически.

Во время оперативного вмешательства ограниченный перитонит был выявлен у 19 (25,33%) пациентов, распространенный перитонит – у 56 (74,67%). По характеру экссудата в 81,2% случаев перитонит был серозно-фибринозный, в 18,8% случаев – гнойный. В послеоперационном периоде в соответствии с протоколом МЗ РБ проводили комплекс мероприятий, направленный на коррекцию и профилактику нарушений функции органов и систем, который включает в себя противоязвенную, антибактериальную, дезинтоксикационную терапию. Для устранения синдрома энтеральной недостаточности, восстановление двигательной активности тонкой кишки 6 пациентам произведена назоинтестинальная интубация тонкой кишки. В послеоперационном периоде проводили интестинальный лаваж.

По данным ряда авторов [7,8] при распространенном гнойном перитоните происходит значительное повышение активности протеолитических ферментов. Поэтому, с целью подавления протеолитической активности через зонд в кишку вводили ингибитор протеаз 200мл 5% раствор ϵ -аминокапроновой кислоты с последующим пережатием зонда на 30 минут. Исследования показали снижение клинических и лабораторных признаков эндотоксикоза при использовании такого метода интестинального лаважа.

Во второй группе комплекс обследований включал в себя: фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС), ультразвуковое исследование органов брюшной полости, контрастное рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки.

У 6 пациентов выявлен декомпенсированный стеноз, у 4 – субкомпенсированный. Пациентов готовили к операции в течение 2 недель в условиях реанимационного отделения. Проводилась декомпрессия желудка через назогастральный зонд, устранение гемодинамических расстройств, лечение расстройств водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния, противоязвенное лечение. 4 пациентам выполнена селективная проксимальная ваготомия (СПВ) с гастродуоденоанастомозом по Джабулею, 3 – СПВ с гастроэнтероанастомозом по Петерсену, 2 – СПВ с пилоропластикой по Финнею, 1 - СПВ и иссечение язвы с пилоропластикой по Джадду.

Во время операции дистальнее гастродуоденоанастомоза в тощую кишку устанавливался назогастроинтестинальный зонд. С первых суток после операции проводили энтеральное питание солевыми и глюкозо-солевыми растворами. У пациентов не наблюдалось послеоперационных гастроплегий, к 5 суткам после операции происходило восстановление моторно-эвакуаторной функции желудка и тонкой кишки. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Выводы.

1. В последние годы наблюдается значительное уменьшение выполнения радикальных операций при перфоративной язве желудка и 12-перстной кишки, что связано с ростом острых и хронических язв.
2. Использование интестинального лаважа с применением ингибиторов протеолиза способствует снижению тяжести состояния пациентов, оперированных по поводу перфоративной язвы, осложненной перфорацией и распространенным перитонитом.
3. СПВ с дренирующими желудок операциями эффективно при декомпенсированном стенозе.
4. При использовании энтерального зондового питания после органосохраняющих операций по поводу язвы 12-перстной кишки, осложненной стенозом, происходит достаточно быстрое восстановление моторно-эвакуаторной функции желудка и тонкой кишки.

Литература:

1. Кузин, М.И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / М.И. Кузин // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27-32.

2. Петров, В.П. Выбор метода лечения неосложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В.П. Петров // Хирургия. – 2001. – № 7. – С. 13-16.
3. Шиленок, В.Н. Лечение прободных гастродуоденальных язв / В.Н. Шиленок, Э.Я. Жулев, Ю.В. Приступа // Хирургия. – 1999. – № 2. – С. 11-13.
4. Бондарев, Г.А. Динамика осложнений язвенной болезни в Курской области за 20 лет / Г.А. Бондарев // Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки : материалы Всерос. конф. хирургов. – Саратов, 2003. – С. 6.
5. Хеликобактер пилори у больных с осложненной язвенной болезнью / М.Г. Гончар [и др.] // Хирургия. – 1999. – № 6. – С. 25–26.
6. Карипиди, Г.К. Радикальная дуоденопластика после ушивания перфорации дуоденальной язвы : дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.27 / Г.К. Карипиди ; Рост. гос. мед. ун-т. – Краснодар, 2006. – 477 с.
7. Кирковский, В.В. Детоксикационная терапия при перитоните: метод. рук. для врачей и студентов / В.В. Кирковский. – Минск, 1997. – 200 с.
8. Штурич, И.П. Активность протеолитических процессов в сыворотке крови и перитонеальной жидкости в разные стадии перитонита / И.П. Штурич, В.Н. Шиленок, Л.Н. Кирпиченок // Новости хирургии. – 2006. – Т. 14, № 2. – С.13–21.

ДРЕНИРОВАНИЕ ПРИ ПРОТЕЗЕРИОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА: ЗА ИЛИ ПРОТИВ?

Болобошко К.Б., Ходьков Е.К.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Протезирование коленного сустава может сопровождаться значимой периоперационной кровопотерей [1]. Как правило, большинством ортопедов используется вакуумное дренирование операционной раны. По мнению ряда авторов, установка дренажа необходима для предотвращения формирования внутрисуставной гематомы, что в свою очередь улучшает мобилизацию, снижает болевой синдром и риск развития инфекционных осложнений [2]. В то же время существует и противоположная точка зрения: некоторые авторы отмечают, что вакуумное дренирование может нарушать эффект тампонады раны и приводить к увеличению послеоперационного кровотечения, а также являться фактором повышенного риска послеоперационной инфекции [3,4].

Цель. Улучшение результатов тотального эндопротезирования коленного сустава путем обоснованного отказа от применения дренажных систем в послеоперационном периоде.

Материал и методы. В рандомизированное проспективное исследование включено 50 пациентов, которым выполнено тотальное эндопротезирование коленного сустава по поводу гонартроза 3 ст. в условиях клиники травматологии, ортопедии и ВПХ на базе УЗ «ВОКБ». Пациенты были разделены на 2 группы. (Табл. 1)

Таблица 1. Сравнительная характеристика групп пациентов

Показатель	Значение показателей в группах		p
	Исследуемая группа	Контрольная группа	
Кол-во пациентов	25	25	
Средний возраст (лет)	63,9±6,4	62,1±7,3	>0,05
Средний рост (см)	162,2±8,7	164±8,4	>0,05
Средний вес (кг)	84,2±9,4	84±12,1	>0,05
Кол-во мужчин/женщин	4/21	7/18	